

EVALUACIÓN DE LA CONEXIÓN ENTRE EL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO Y MEDI-CAL (CMSP)

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____

Para ayudarnos a determinar su elegibilidad para recibir ayuda a través del Programa de Servicios Médicos del Condado o del Programa de Medi-Cal, por favor conteste las siguientes preguntas:

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está Ud. llenando esta solicitud para otra persona? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la respuesta a esta pregunta es sí, ¿para quién está Ud. solicitando?

Por favor conteste las siguientes preguntas por la persona por quien está Ud. llenando la solicitud.

Si la respuesta a esta pregunta es no, por favor conteste por Ud. las siguientes preguntas.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. ¿Reside el solicitante en este condado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Si es no, ¿en qué condado reside? _____

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. ¿Es el solicitante menor de 21 años de edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Es el solicitante de 65 años de edad o mayor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Es el solicitante considerado legalmente ciego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Está el solicitante imposibilitado de trabajar debido a una enfermedad física o mental, incapacidad o impedimento que se espera dure más de un año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Está el solicitante recibiendo Beneficios Estatales por Incapacidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. ¿Está el solicitante actualmente recibiendo Seguro Social por Incapacidad o los beneficios SSI/SSP? <input type="radio"/> ¿Ha pedido el solicitante Seguro Social por Incapacidad o los beneficios SSI/SSP en los últimos seis meses? <input type="radio"/> ¿Está el solicitante planeando pedir inmediatamente Seguro Social por Incapacidad o los beneficios SSI/SSP? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. ¿Vive el solicitante en un establecimiento de cuidado médico continuo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Si es sí,

Nombre: _____

Dirección: _____

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. ¿Está el solicitante recibiendo servicios de casa/cuidado personal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Si el solicitante es un refugiado de Indochina o un entrante de Cuba/Haiti ¿ha vivido el solicitante en los Estados Unidos menos de 19 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

	YES	NO
12. ¿Vive una persona menor de 21 años en la casa del solicitante? Si la respuesta es sí, uno de los padres de esa persona está:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Muerto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿No vive en la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Sin trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿De más de 65 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿considerado legalmente ciego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Imposibilitado de trabajar debido a un impedimento físico o mental que se espera continúe por más de un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Está la solicitante embarazada?		
14. ¿Está el solicitante recibiendo actualmente los beneficios de Ayuda para Familias con Niños Necesitados (AFDC)? <input type="radio"/> ¿Ha pedido el solicitante los beneficios AFDC? <input type="radio"/> Está el solicitante planeando pedir inmediatamente los beneficios AFDC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es el solicitante un Veterano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, División: _____ Fechas de servicio: _____		
16. ¿Está el solicitante recibiendo los beneficios para los Veteranos? <input type="radio"/> ¿Ha pedido el solicitante los beneficios para los Veteranos? <input type="radio"/> ¿Está el solicitante planeando pedir inmediatamente los beneficios para los Veteranos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Está el solicitante en la actualidad en un hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí,		
a. ¿Está hospitalizado debido a una enfermedad? Días que se espera va a estar internado: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está hospitalizado debido a un accidente? Días que se espera va a estar internado: _____ Nombre de la tercera persona envuelta en el accidente: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dirección del hospital: _____ _____		

Si el solicitante contesta "sí" a una o más preguntas desde el número 2 hasta el 17, considerarlo como elegible para Medi-Cal. Si no es elegible para Medi-Cal, considerarlo como elegible para el Programa de Servicios Médicos del Condado.